附件1.

**承 诺 书**

本机构保证此次申报所提交的所有内容及资料均真实、合法、有效，并承诺在项目申请及实施过程中遵守项目管理规则，接受项目监管、审计和评估，承担相应的责任。如有违反相关规定的行为，则自动取消申请资格并服从项目主管单位关于取消认定资格、中止项目、追回资金等裁决。

机构名称（加盖公章）：

机构法人代表或授权代表（签字）：

附件2.

**昆明市残疾人体育健身机构**

申

报

书

单位名称（签章）：

单位法人（签字）：

联 系 人：

联 系 电 话：

昆明市残疾人联合会制

申报日期 年 月 日

**填报说明**

1.凡申报昆明市残疾人体育健身机构项目须填写此申报书。

2.申报书所列内容都要据实填写，表达应明确、完整、严谨、扼要，并能出具证明材料复印件，申报单位若没有或尚不具备的相关内容则不填。

3.场所面积是指整个营业场所的全部面积，用于残疾人体育健身室内场所面积是指在整个营业场所中专门用于残疾人健身的面积。

4.无障碍设施是指保障残疾人通行安全和使用便利，在建设工程中配套建设的服务设施。包括无障碍通道（路）、电（楼）梯、坡道、盲道、扶手、无障碍卫生间、盲文标识和音响提示以及通讯等与其相关生活的设施。

5.经营范围按照营业执照（证照）等法人证明登载的范围填写。

6.硬件（器材）条件填写现有健身器材配置情况，若无配置则不填写。

7.软件（人员）条件填写现有服务于残疾人健身的专兼职管理人员和健身指导员，在相关人员资质中分别填写拟开展服务配置人员的信息情况及相关专业技术职称、专业资格等内容。

8.健身服务项目内容填写请参考附件4《实施方案》相关内容。

9.所有申报材料恕不退还，请注意留底。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 |  | | | | | | | | | 县（区）主管残联 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 单位地址 | 区（县、市） | | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | |
| 单位性质 | □企业 □民办非企业 □社会团体 □事业单位  □其他（请注明）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 场所面积 |  | 用于残疾人体育  健身室内场所面积 | | | | | | | | |  | | | 无障碍  设施 | | | | | □坡道□电梯□扶手□盲道□无障碍卫生间 | | | | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 硬件（器材）条件 | 是否配有健身器材 | | | | | | | | | | | | □有 □无 | | | | | | | | | | | |
| 指标测评类器材 | 名称 | | | | | | | 数量 | | | | | | | 名称 | | | | | | 数量 | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健身锻炼类器材 | 名称 | | | | | | 数量 | | | | | | | | 名称 | | | | | | 数量 | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| 其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 物理治疗类器材 | 名称 | | | | | 数量 | | | | | | | | 名称 | | | | | | | | 数量 | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 软件（人员）条件 | 残疾人健身服务  管理人员 | | | 数量 | | | | | | | | | 残疾人健身服务指导员 | | | | | | 数量 | | | | | |
| 专职 | | | 兼职 | | | | | | 专职 | | | | | 兼职 |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  |
| 相关人员资质 | | 姓名 | | | 性别 | | | | | | 年龄 | | | | | 岗位 | | | | 专业资格 | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 服务承诺 | 每周对残疾人开放时间（天） | | | |  | | | | | | | 每天对残疾人开放时长（小时） | | | | | | | |  | | | | |
| 年度拟服务人数 | | | |  | | | | | | | 年度拟服务人次 | | | | | | | |  | | | | |
| 可服务残疾人  类别 | | | | □肢体残疾 □视力残疾 □听力言语残疾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健身服务项目 | 健身内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | 每周课时安排 | | | | | | |
| 器械健身□ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 操舞类□ 具体项目： | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 瑜伽□ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 球类□ 具体项目： | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 游泳□ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 养生□ 具体项目： | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 棋牌□ 具体项目： | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 其他： | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 服务计划 | 根据本机构实际情况和服务不同类别残疾人，分类编写残疾人健身服务项目、内容、具体措施及实施进度（须明确服务人次、人数、时长等可量化标准）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 集体活动 | 根据本机构实际情况和服务残疾人，拟开展残疾人集体活动内容、具体措施及实施进度（须明确服务次数、人数等可量化标准）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特色项目 | 根据本机构实际可提供残疾人健身服务的特色： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

以下表格申报单位不填写

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |
| --- |
| **县（区）残疾人联合会推荐意见** |
| 主要负责人签字： 单位（盖章）  年 月 日 |

|  |
| --- |
| **专家组推荐意见** |
| 专家组组长签字：  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **昆明市残疾人联合会意见** | |
| （签章）  年 月 日 | |
| 备注 |  |